

Universitat de Lleida

*Intervención dirigida a población diabética de
origen africano subsahariano residente en la
ciudad de Lleida desde una perspectiva de
desigualdades sociales en salud*

Facultad de Enfermería

Autor: Cristian Torres Salguero

Grado en Enfermería

Tutora: Dra. Laura Otero García

Trabajo Final de Grado

2012-2013

15 de Mayo de 2013

Índice

	Pág.
1. Agradecimientos	3
2. Resumen	3
3. Introducción	5
4. Contexto	7
5. Marco teórico	9
5.1. <i>El colectivo subsahariano</i>	9
5.1.1. <i>Geografía y demografía</i>	9
5.1.2. <i>Religión</i>	10
5.1.3. <i>Hábitos dietéticos</i>	10
5.1.4. <i>Hábitos higiénicos</i>	12
5.1.5. <i>Salud sexual y reproductiva</i>	13
5.1.6. <i>Hábitos relacionados con el nacimiento, la crianza y la muerte</i>	14
5.1.6.1. <i>El nacimiento</i>	14
5.1.6.2. <i>La crianza</i>	16
5.1.6.3. <i>La muerte</i>	17
5.1.7. <i>La familia y la sociedad subsahariana</i>	18
5.1.8. <i>Salud mental</i>	20
5.1.9. <i>Salud laboral</i>	20
5.1.10. <i>El sistema sanitario subsahariano</i>	20
5.2. <i>La diabetes. Definición del problema</i>	21
6. Objetivos	23
6.1. <i>Objetivo general</i>	23
6.2. <i>Objetivos específicos</i>	23
7. Intervenciones y evaluación de las intervenciones	24
7.1. <i>Intervención 1</i>	24
7.2. <i>Intervención 2</i>	31
8. Metodología	35
8.1. <i>Población diana</i>	35
8.2. <i>Profesionales a los que va dirigido</i>	35
8.3. <i>Preguntas</i>	35
8.4. <i>Metodología de búsqueda</i>	35
8.5. <i>Síntesis de la evidencia encontrada</i>	36

	Pág.
9. Discusión	37
10. Fortalezas y limitaciones del trabajo	39
11. Conclusiones	40
12. Bibliografía	42
13. Anexos	46
13.1. <i>Lista de tablas</i>	46
13.2. <i>Lista de figuras</i>	46
13.3. <i>Lista de abreviaturas</i>	46

1. Agradecimientos

A Dña. M^a Ángeles Revés, Enfermera y Directora del Centro Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de *Rambla de Ferrán*, por proporcionarme información esencial para la realización de este trabajo.

A A. García y C. Borbón, ambas enfermeras, por ponerme en contacto con la directora del CUAP de *Rambla de Ferrán*, así como proporcionarme recursos para realizar mi Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

A mi tutora, la Dra. Laura Otero, por guiarme durante la realización del trabajo y orientarme en todo momento.

2. Resumen

Introducción: Este trabajo tiene como objetivo mejorar el estado de salud de la población inmigrante subsahariana residente en Lleida que sufre desigualdades en salud y que ha sido diagnosticada de diabetes mellitus. Para ello se utilizará como herramienta la educación sanitaria sobre alimentación y hábitos dietéticos adaptada a las necesidades individuales de cada paciente.

Objetivos: Mejorar o mantener el control de la diabetes mellitus, así como prevenir las complicaciones tanto agudas como crónicas de la enfermedad y aumentar la adherencia a la insulina en aquellos pacientes inmigrantes subsaharianos insulín dependientes.

Intervenciones: Las intervenciones se centran en proporcionar educación sanitaria sobre hábitos dietéticos y ejercicio físico. Los indicadores de evaluación incluidos aquí constan de dos ítems, la glicemia capilar y la hemoglobina glucosilada Hb1Ac, los cuales valoran la aplicación de las recomendaciones sobre alimentación y ejercicio.

Metodología: La metodología del trabajo ha consistido en la búsqueda de evidencia científica relacionada con las desigualdades en salud en la población subsahariana residente en España. Posteriormente se han detectado los principales problemas de salud que estos sufren en base a la evidencia encontrada.

La mayoría de la evidencia hallada está relacionada con enfermedades crónicas en este colectivo, y más concretamente, con la diabetes mellitus, de la cual hay un mal control.

Discusión: No hay estudios previos que aporten evidencia acerca de intervenciones sobre educación para la salud en diabéticos inmigrantes, sin embargo si que se habla de la necesidad de investigar sobre ello para mejorar el control metabólico del paciente inmigrante. La aplicación de la intervención propuesta en este trabajo no supone ninguna dificultad por parte del profesional sanitario, no obstante si que hay barreras, sobretodo lingüísticas y sociales, que dificultan el cumplimiento de las recomendaciones transmitidas por el profesional de enfermería.

Conclusiones: Es importante individualizar la información transmitida al usuario inmigrante subsahariano y también es necesario facilitar información sobre recursos que faciliten la integración social, ya que la salud y más concretamente, las desigualdades en salud, vienen determinadas en gran medida por esta integración, las cuales se podrían minimizar implantando políticas sociales, mejorando así el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente inmigrante.

3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las desigualdades en salud se definen como las diferencias en el estado de salud o en la distribución de los factores que determinan la salud entre diferentes grupos de población. Dichas desigualdades en salud pueden deberse a variaciones biológicas o bien se atribuyen a ambientes y condiciones externas, en muchas ocasiones fuera del control de las personas afectadas. Otros factores que pueden variar las desigualdades son los sociales, los políticos, los económicos y los culturales, los cuales se interrelacionan entre ellos. (1, 2)

Uno de los colectivos que más sufre estas desigualdades en salud es el de la población inmigrante debido a determinantes como el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y la lengua del país, la precariedad laboral y económica, la situación familiar y social, la cultura sanitaria del país de origen, la integración en el colectivo inmigrante, la situación de ilegalidad, el país de procedencia... (3)

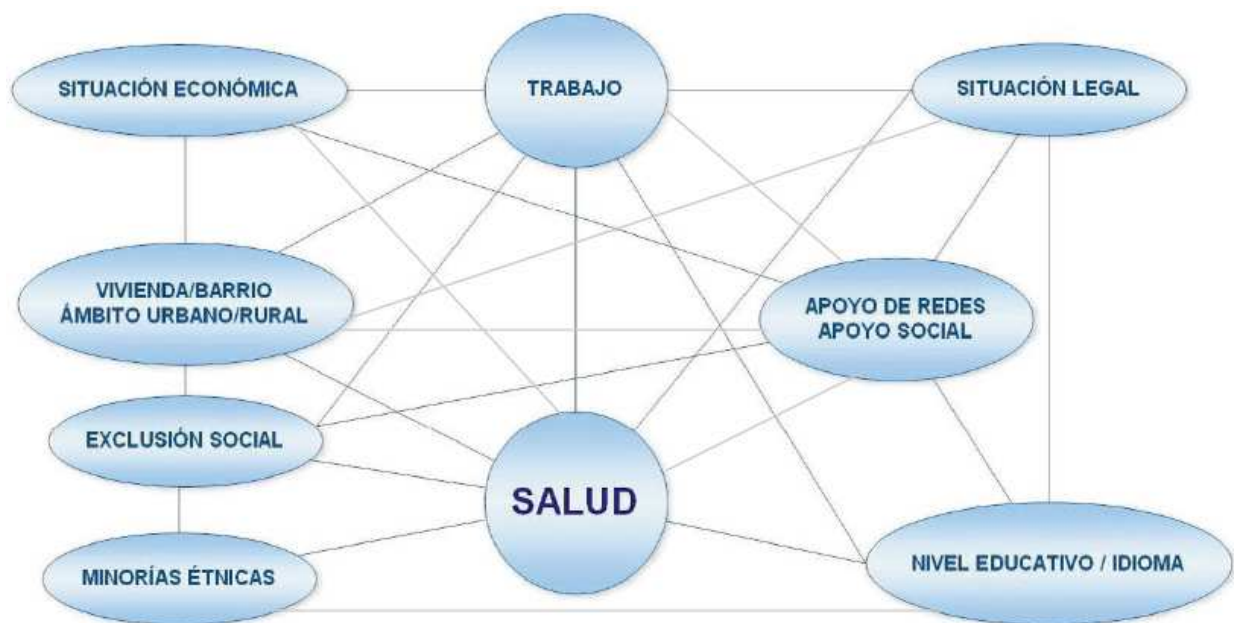


Figura 1. Interrelación entre salud y sus determinantes. (2)

Además, la actual crisis económica también está afectando y acuciando las desigualdades en salud en estos colectivos, dificultando la labor de los profesionales de la salud. Los mediadores culturales, los cuales se encargaban de traducir e interpretar, también se han visto afectados por la situación económica actual, viendo reducida o anulada su actividad en algunos centros asistenciales, acentuando notablemente las barreras idiomáticas entre el profesional de la salud y el paciente inmigrante y acrecentando aún más las otras barreras. (3 - 6)

Esta es una de las principales demandas por parte de los profesionales sanitarios, el proporcionar herramientas alternativas y que rompan con otras barreras como son las idiomáticas (sobretudo dialectales), sociales, religiosas y culturales, reparando así en las necesidades del colectivo inmigrante.

Dichas necesidades, se agudizan cuando el usuario inmigrante es diagnosticado de una patología crónica, el tratamiento de la cual requiere una asistencia continua y una educación sanitaria adaptada que establezca las bases del control de la enfermedad, tarea de la cual se encarga el profesional de enfermería.

En el caso de la diabetes mellitus, la alimentación y el ejercicio físico forman parte de esta base de la educación sanitaria para el control de la patología crónica y son muchos los profesionales que reiteran la necesidad de tener información acerca de las dietas y los alimentos consumidos por los pacientes inmigrantes, pudiendo adaptar en gran medida su alimentación a la autóctona. (6, 7)

En este trabajo, enfocado a la diabetes mellitus (DM) en usuarios inmigrantes subsaharianos residentes en la población de Lleida, se analizarán cuáles son los principales problemas que los profesionales de enfermería tienen al intentar que las y los pacientes traten de controlar la enfermedad y se propondrán intervenciones para mejorar su estado de salud respecto a la DM mediante la educación sanitaria sobre alimentación y ejercicio físico.

4. Contexto

La ciudad de Lleida se encuentra dentro de la comarca del *Segrià*, al suroeste de la provincia con el mismo nombre de la ciudad. La economía de dicha comarca se concentra sobretudo en el sector primario, concretamente en el campo de la agricultura y la ganadería. El sector secundario se concentra en la ciudad y tiene un papel importante y de gran influencia en Aragón, sin embargo, el principal motor de la economía leridana es el de los servicios. El turismo es escaso y la mayoría de visitantes vienen atraídos por el patrimonio histórico.

En cuanto a la población, Lleida es la ciudad más poblada de la provincia y la sexta de Cataluña con un total de 139.834 habitantes censados en el año 2012. A grandes rasgos, la población ha ido aumentando de forma continuada durante el último siglo y los ascensos más pronunciados se han producido entre la década de los años 60 a los 70 y la década del 00 al 10. El aumento de la población inmigrante se produce a partir del año 2001, pasando de unos 3.000 habitantes aproximadamente a 29.300 en diez años, en cambio la población con nacionalidad española no ha aumentado, al contrario, ha disminuido. (8, 9)

En el 2012 residían en Lleida 11.827 inmigrantes censados de origen africano, siendo alrededor de 4.575 de origen subsahariano, convirtiendo a Lleida en la ciudad de Cataluña que más ciudadanos acoge de esta parte de África. (9)

El Sistema Sanitario en Lleida, como en el resto de Cataluña, consta de un modelo mixto que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no públicos y que engloba entidades como mutuas, fundaciones, consorcios, etc. dedicados a la salud. Dicho modelo se creó en 1990 por el *Servei Català de la Salut* (CatSalut).

Otros de los objetivos del CatSalut son:

- ✓ Ofrecer y proveer atención sanitaria, docencia e investigación con la máxima calidad y eficiencia.
- ✓ Potenciar el desarrollo profesional y personal de sus trabajadores.
- ✓ Desarrollar líneas de servicio orientadas a las nuevas necesidades sociales.

En la red de salud catalana hay diferentes recursos (atención primaria y atención especializada) dispuestos entre las nueve gerencias territoriales repartidas por toda Cataluña. La región sanitaria de Lleida engloba 6 comarcas diferentes y dentro de la comarca del *Segrià*, encontramos 7 Centros de Atención Primaria (CAP) distribuidos por la ciudad: *Balàfia - Pardinyes - Secà de Sant Pere, Bordeta - Magraners, Cappellet, Eixample, Primer de Maig, Rambla de Ferrán y Santa Maria*. El que más destaca es el centro de atención primaria de *Rambla de Ferrán*, ya que además es un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) y el de referencia para la población inmigrante. (10)

En el CUAP de *Rambla de Ferrán* se atienden 94 nacionalidades diferentes y en diciembre del año 2012 un 40,90% de las y los usuarios, de los 20.758 asignados en este CUAP, eran extranjeros. Un 7,52% pertenecían a la Unión Europea y un 33,38 provenían de fuera de esta. En total, más de 4.500 personas procedentes de África son atendidas en este CUAP y la población más común proviene de Marruecos (1.788 hab.), Argelia (534 hab.), Senegal (464 hab.), Mali (366 hab.), Nigeria (277 hab.) y Gambia (225 hab.). (11)

5. Marco teórico

5.1. El colectivo subsahariano

5.1.1. Geografía y demografía

La conocida como África Subsahariana o África negra se encuentra al sur del Sahara y engloba más de 40 países, aunque son poco más de una veintena de nacionalidades las que se pueden encontrar en nuestra ciudad. En cuanto a las lenguas habladas, hay más de 2.000 en toda África, pero las mayoritarias son el suahili, el hausa, el yoruba, el árabe y el francés.



Figura 2. África. La zona verde tiñe los países que forman parte de la zona considerada como África subsahariana.

La mayoría de la población es bilingüe o trilingüe. En la parte subsahariana de África se concentran alrededor de 760 millones de personas en una extensión de 30 millones de km² y dentro de ella hay grandes flujos migratorios en los que la población tiene tendencia a concentrarse en la periferia de las grandes ciudades, lo que ha comportado un aumento de la población urbana en los últimos años. Sin embargo, las grandes ciudades no tienen la capacidad suficiente como para asumir las necesidades de la población, creándose barrios de chabolas en los cuales las condiciones son muy precarias y muchos se encuentran bajo el umbral de la pobreza. (11 - 14)

5.1.2. Religión

Las principales religiones modernas empezaron a llegar a esta zona en la década de los 70 y fue a partir de entonces cuando hubo un auge de los creyentes islámicos y cristianos.

Actualmente, hay alrededor de 234 millones de musulmanes y 460 millones de cristianos en este subcontinente y las religiones africanas tradicionales más ancestrales están quedando en un segundo plano pero no obstante, no hay discriminaciones entre ellas ya que la población del subcontinente subsahariano le otorga más importancia a la espiritualidad de un ente superior, sea este llamado Dios, Alá o de otra manera, que no a la propia religión. Una posición religiosa que si les resulta ajena es el ateísmo, ya que en África el 90% de la población considera que la religión es muy importante.

Este hecho no exenta de que muchos de los habitantes crean en la brujería, los espíritus malignos, los sacrificios, los curanderos tradicionales, los amuletos o incluso los encantamientos. (15 - 18)

5.1.3. Hábitos dietéticos

Tanto los sabores como las formas y técnicas de preparación de comida se diferencian notablemente entre la vertiente oriental y occidental de África, sin embargo sí que es común la composición de un único plato que contenga verduras, cereales y proteínas animales. Uno de estos ejemplos, el *thiebou djene*, plato típico de Senegal, incorpora pescado, col, arroz, zanahoria y otras verduras, además de ingredientes como el perejil y otras especias.



Figura 3. *Thiebou djene*, plato típico de Senegal.

La comida del mediodía suele considerarse la más importante del día y por lo tanto la más abundante.

Los aceites de palma, cacahuete u oliva son un ingrediente esencial en los guisos, los cuales suelen ser bastante contundentes al mediodía. Tanto tubérculos como legumbres son muy utilizados en la cocina subsahariana. La principal dificultad con la que se encuentran los usuarios inmigrantes subsaharianos en Cataluña es la diferencia de productos entre los mercados catalanes y subsaharianos, sobretudo en cuanto a pescado y verduras, por lo que platos que en África son muy equilibrados desde la perspectiva dietética, al eliminar ingredientes, ven alteradas sus propiedades nutritivas, presentando carencias.

Algunos estudios, Pardo et al (19), han demostrado que los hábitos más difíciles de cambiar en la población inmigrante son los alimentarios, por lo que si no se encuentra por ejemplo *ñame* (tubérculo comúnmente utilizado en la gastronomía subsahariana) para cocinar o éste es muy caro, hay cierta resistencia a reemplazarlo por la patata, por lo que se tiene tendencia a restringir el número de platos y no se incluyen nuevos, teniendo un tipo de dieta menos variada.

Los pasteles, la fruta y los lácteos entre otros suelen consumirse entre horas o bien en el desayuno y a diferencia de aquí, no se suelen consumir como postre o formando parte de la comida principal.

Hay cierta creencia entre los usuarios inmigrantes recién llegados al país de que los envases de zumos de frutas suelen ser mejores que los elaborados con frutas frescas. Dicha creencia tiene una repercusión negativa en la alimentación de los más pequeños, ya que se recurre a dichos zumos en lugar de seguir las recomendaciones de que coman fruta.

Otra falsa creencia relacionada con la alimentación es la de la utilización de leches maternizadas por encima de la lactancia materna, debido principalmente a las grandes campañas publicitarias de algunas casas comerciales en África.

El colectivo musulmán difiere bastante en los hábitos dietéticos mencionados anteriormente y se rigen por las normas marcadas por el islam; comer carne *halal* (carne aceptada según la ley islámica) no comer cerdo y comer preferentemente cordero y ave, etc.

El Ramadán también es clave para entender algunos hábitos de alimentación musulmán y consiste principalmente en abstenerse de comer, fumar, beber y realizar prácticas sexuales desde el alba hasta el crepúsculo. Dicha práctica suelen realizarla únicamente las personas sanas y están exentos de ella los niños impúberes, los ancianos, las personas débiles, los enfermos crónicos y las mujeres durante la menstruación, el embarazo y la lactancia. Sin embargo, aquellos individuos que deban consumir algún tipo de fármaco más de una vez al día durante el Ramadán, suelen tener problemas con el cumplimiento posológico, ya que es casi imposible, en algunos casos, que este se lleve a fin. (11, 15, 19, 20)

5.1.4. Hábitos higiénicos

A diferencia de la mayoría de creencias populares, en África es muy importante la higiene personal. Es habitual que las personas se “duchen” dos veces al día en las zonas más cálidas (por la mañana y por la noche) a pesar del difícil acceso al agua.

Cuando los usuarios inmigrantes subsaharianos llegan a nuestro país, es difícil que continúen con estos hábitos, ya que en muchas ocasiones no se dispone de lo necesario para continuar llevándolos a cabo. Por ejemplo, en la zona más occidental de África sólo se necesita disponer de poco más que un cubo de agua, un cazo y una pared tras la cual poder lavarse sin ser vistos, ya que el clima lo permite; sin embargo, en Cataluña necesitamos agua caliente, lo que requiere la utilización de un calentador y el consumo de gas, así como un cuarto de baño adecuado, el cual muchas veces acaba siendo utilizado por demasiadas personas. Todos estos cambios pueden ocasionar una variación en cuanto a los hábitos higiénicos, no obstante, siempre consideran muy importante tanto la higiene personal, así como la ropa y la limpieza del hogar.

Otra de las dificultades con las que se encuentran los pacientes inmigrantes subsaharianos al llegar a nuestro país es la adaptación a los métodos de limpieza del hogar. En la parte más cálida de África los suelos suelen ser de tierra y las ventanas y las puertas suelen estar abiertas, por eso las técnicas de limpieza allí no sirven para suelos de cerámica, climas fríos y puertas y ventanas cerradas.

Los hábitos higiénicos en los musulmanes están en su mayoría determinados por el islam (abluciones o lavados purificantes antes de la oración, baño o ducha después de las relaciones sexuales, ropa limpia para rezar, etc.). (11, 15)

5.1.5. Salud sexual y reproductiva

El hecho de ser padre/madre es muy importante en África, los hombres y las mujeres que no han tenido hijos no se consideran adultos y dicha creencia está más arraigada en los hombres que en las mujeres y es algo que hay que tener en cuenta cuando se habla de salud reproductiva o por ejemplo de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El nivel de conocimientos de las mujeres africanas es alto en cuanto al uso de plantas con efectos anticonceptivos y abortivos, sin embargo se utilizan de forma muy concreta ya que consideran importante el tener hijos. No hay distinción en cuanto a si son los hombres o las mujeres los que quieren restringir el número de hijos, es una postura que está relacionada directamente con las creencias religiosas, así como de prestigio social. En algunas ocasiones también se utiliza como una estrategia de las mujeres para permanecer con su marido en Cataluña.

El conocimiento acerca de las ETS es bastante reducido ya que hay bastantes interpretaciones y mitos delimitados por las creencias y que no tienen ningún tipo de base científica, por lo que es importante hacer hincapié en la importancia de mantener determinadas actitudes, además de informar sobre ellas.

En los colectivos de la zona occidental de África parece haber una relación directa entre los episodios de malos tratos o violencia machista y los procesos de adaptación de las mujeres a nuestro entorno.

Las mujeres subsaharianas disponen de amplias esferas de poder en su cultura autóctona que no pueden desenvolver en nuestra sociedad y en numerosas ocasiones al intentar reemplazarlas por otras esferas de poder, entran en conflicto con los espacios masculinos y es por ello que se crean situaciones de violencia. Además, muchas veces las mujeres no disponen de soporte y vigilancia familiar y comunitaria, los cuales en el país de origen evitarían que sucedieran situaciones de esta índole.

A grandes rasgos, se podría decir que la violencia es más frecuente en el país al que emigran y no en el país del que proceden. (15)

5.1.6. Hábitos relacionados con el nacimiento, la crianza y la muerte

5.1.6.1. El nacimiento

Antes del nacimiento del bebé, en el embarazo, los síntomas suelen esconderse por miedo y por la creencia de que anunciar un embarazo demasiado pronto puede atraer la mala suerte y que el desarrollo del embarazo no continúe de forma adecuada. La mujer subsahariana sólo informa de la noticia a su entorno más íntimo cuando el embarazo se encuentra en una etapa muy avanzada, concretamente a partir del cuarto mes.

La población subsahariana no considera que el embarazo precise de atención sanitaria a no ser que haya problemas evidentes o un problema de salud relacionado y es por ello que a veces acuden al servicio sanitario cuando el proceso de gestación se encuentra en una fase muy avanzada.

Las mujeres de la familia suelen ser un pilar fundamental en cuanto al apoyo durante el embarazo y el parto, así como la crianza del bebé, sobretodo en madres primíparas. Todo este proceso no se considera tarea del hombre, por eso a veces ven la intrusión de ellos como una amenaza o pérdida de los espacios de poder femeninos, los cuales están íntimamente vinculados a la reproducción.

Cuando se produce la migración, las mujeres subsaharianas suelen perder el apoyo de las mujeres de la familia, ya que en muchas ocasiones no viajan con ellas, por lo que suelen sentirse desamparadas ante una posible situación de embarazo y además rehúsan que el marido intervenga en el proceso. Otra de las opciones que no contempla la mujer subsahariana es el acudir al centro sanitario, ya que como se ha comentado anteriormente, no lo consideran como una necesidad a no ser que la gestación evolucione favorablemente.

Sin embargo, sí que existe la posibilidad de proporcionar recursos comunitarios a nivel más informal, ya que en algunas situaciones las mujeres suelen ponerse en contacto con otras mujeres de la comunidad con experiencia y prestigio en este tipo de cuestiones sanitarias y es de vital importancia dar apoyo a este tipo de recursos más informales y facilitar el contacto entre ellas.

En cuanto al parto, los rituales y las ceremonias son diferentes para cada grupo y lo mismo ocurre en el equivalente al bautizo en nuestro país y para la población subsahariana supone el momento de presentación oficial del recién nacido a la comunidad. Es importante la celebración de estos rituales, ya que tienen como fin tener una vida en armonía y feliz para el recién nacido. Este tipo de rituales también se consideran espacios de poder femeninos.

Después del parto, la mujer es cuidada por las mujeres de su círculo más cercano y en determinadas culturas es costumbre que el puerperio se pase en casa de su madre, sus cuñadas, su suegra o las amigas. El hecho de emigrar supone que esta costumbre se rompa o bien sea difícil de mantener por falta de familiares cercanos o bien porque la mayoría de mujeres que emigran a nuestro país, se incorporan al mundo laboral y no pueden hacerse cargo de las nuevas madres.

Después del parto, en el puerperio la pareja suele abstenerse de mantener relaciones sexuales durante cierto tiempo, la poligamia ayuda a que se respete dicho periodo de tiempo.

Tanto la maternidad como la paternidad son muy importantes en África, por eso muchos desean tener un número elevado de hijos, por lo que se debe de tener en cuenta dicho deseo a la hora de planificar los planes de salud reproductiva dirigidos hacia ellos y hacer hincapié en garantizar que la mujer subsahariana pueda tener de manera sana los que desee. (15)

5.1.6.2. *La crianza*

Los recién nacidos son tratados con mucho cuidado y se suele crear un rito de la forma en la que se los trata, ya que son considerados vulnerables. Los ritos difieren mucho entre diferentes pueblos dentro de un mismo país, por lo que resulta difícil encontrar paralelismos entre ellos, por ejemplo, las diferencias entre etnias como los *wolof* y los *diola* o los *serer* y los *fula*, que se encuentran en Senegal. A grandes rasgos, sí que se podría decir que tanto la madre como el niño tienen que permanecer durante las primeras semanas en un entorno hogareño junto a la familia.

A la hora de nombrar al niño o niña, suele seguirse la tradición de poner el nombre de una persona que destacó por su sabiduría, justicia, etc. Y se cree que el ponerle ese nombre le transmitirá ciertas aptitudes como las mencionadas anteriormente.

La alimentación del niño al crecer también presenta el mismo problema que se ha comentado anteriormente en el apartado sobre hábitos dietéticos; tienen una alimentación equilibrada en el lugar de origen, pero al llegar a nuestro país y desconocer los alimentos equivalentes, reducen la variedad de la dieta y sustituyen alimentos naturales por envasados, ya que así no hay que cocinarlos y no pueden cometer errores a la hora de prepararlos.

La lactancia materna en África se sitúa en torno al 30%.

El bebé en África suele ser llevado cerca del cuerpo de la madre pero esta costumbre suele perderse al llegar a nuestro país y cada vez es más frecuente que las mujeres que están más integradas dejen de hacerlo por cuestiones de comodidad en caso de que tenga que realizar determinados tipos de trabajo. Como método alternativo suelen utilizar un cochecito, como en la cultura occidental.

En cuanto a las vacunas y las revisiones, hay que recordar la importancia que estas tienen, ya que no consideran necesario el asistir al centro de salud a no ser que haya algún problema.

Contrariamente a esto, si suelen acudir a urgencias ya que muchas veces las mujeres subsaharianas se ven angustiadas y no cuentan con el soporte de otras mujeres a la hora de cuidar a los niños, por lo que cuando se presentan algunos síntomas como fiebre, vómitos o cólicos, acuden rápidamente al centro de salud en busca de asistencia inmediata. (15)

5.1.6.3. *La muerte*

Para los africanos, la muerte en casa rodeado de la familia es muy importante, pero cuando los profesionales sanitarios detectan en algún paciente alguna enfermedad crónica o incurable y se les da el diagnóstico, muchos deciden marcharse a su país, a pesar de que el equipo sanitario asegure que aún tiene una esperanza de vida de unos 10 o 15 años viviendo en Cataluña.

Desde nuestro punto de vista puede resultar extraño, pero dicha creencia se fundamenta en la existencia de vida más allá de la muerte o lo que podemos ver. Cuando éstos regresan a su país, se garantiza la continuidad de la vida en el “más allá” a través de ceremonias realizadas por la familia. En otras palabras, el usuario inmigrante subsahariano prefiere acortar su vida biológica y realizar las ceremonias adecuadas que le permitan tener una vida después de la muerte junto a su familia.

Lo mismo ocurre cuando se repatría el cadáver de una persona fallecida aquí y se realizan las mismas ceremonias con el mismo fin, pero también para aliviar en cierta medida el sufrimiento de la familia, la cual siempre va a preferir enterrar al familiar en su lugar de origen.

Por eso en muchas ocasiones es común que la comunidad cultural aporte una cantidad de dinero para repatriar un cadáver pero no para el tratamiento de la enfermedad.

En el caso de que se decida enterrar a la persona aquí, la ley musulmana obliga a que sea sepultada directamente en tierra y en una postura determinada. Tanto para los musulmanes como otro tipo de creyentes, no se contempla la incineración, ya que se considera como algo muy negativo que puede llegar incluso a aterrorizar.

Las ceremonias funerarias posteriores a la muerte ya nombradas anteriormente son muy importantes en África y se intentará que se lleven a cabo allí, sin embargo, aquí también se celebran de forma eventual.

Cuando muere algún familiar de un usuario inmigrante subsahariano, tanto si el fallecimiento se ha producido aquí como en el lugar de origen, la comunidad acompaña y consuela al doliente inmigrante. Cuando la persona fallecida era una anciana, la ceremonia tiene aires de celebración, a veces incluso parecido a una fiesta, celebrando la larga vida que ha tenido. Por el contrario, si la persona fallecida era joven, la ceremonia tiene otro tipo de características, más triste y con cierta tensión familiar, ya que muchos consideran que si una persona joven muere, es sólo porque alguien lo deseaba, considerándolo como una muerte “provocada”. (15)

5.1.7. La familia y la sociedad subsahariana

En la cultura africana la persona está definida sobretodo en relación con su familia y el grupo, y no como individuo, es decir, la comunidad es la que define la identidad del individuo. En lo que respecta a la estructura familiar, hay grandes diferencias entre países y etnias dentro de éstos, por ejemplo la convivencia de grupos patrilineales (transmisión paterna) y matrilineales (transmisión materna) dentro de un mismo país.

A pesar de las diferencias entre las culturas y sociedades africanas, sí que tienen una característica en común, la concepción extensa de la familia. El núcleo familiar no se limita únicamente a padres e hijos, sino que se amplía a los tíos, los abuelos, los primos, etc. y pueden llegar a formar grupos de 40 personas o más. La admiración y el respeto hacia las personas mayores de la familia también es un rasgo común y se considera todo un orgullo tenerlas en la familia, ya que esto les aporta credibilidad y orgullo. Los niños, como ya se ha comentado anteriormente, también tienen un gran valor en la familia.

En cuanto a los matrimonios, la mayoría suelen ser acordados y no hay una relación entre las dos personas, sino más bien entre familias. Los hijos de padres inmigrantes nacidos aquí tienen opiniones diferentes respecto a este tipo de matrimonios, pero las personas africanas los defienden basándose en que los matrimonios basados en el amor tienen un alto índice de fracaso respecto a los matrimonios acordados, ya que estos últimos también tienen un vínculo mucho mayor entre dos familias y si el matrimonio se rompe se considera como un problema muy grave.

La poligamia entre determinados pueblos de África es muy frecuente y no hay una opinión o forma de pensar unánime entre las mujeres y los hombres respecto a ella, sin embargo sí que hay una mayor aceptación en las zonas rurales porque resulta más fácil repartir tareas tales como las cargas domésticas, el cuidado de los hijos, etc.

La reacción de la primera esposa en una situación de poligamia suele ser más reacia, pero sin embargo las otras mujeres que no tendrían opción de formar un matrimonio monógamo sí que lo ven como algo positivo. Además, por causas naturales siempre hay más mujeres que hombres, lo que facilita en cierto modo que la poligamia se lleve a la práctica.

En un matrimonio polígamo cada mujer debe tener su espacio, bien sea su casa o su habitación, su salón, etc., y este espacio debe estar bien diferenciado del de las otras mujeres, los hombres sin embargo no tienen un espacio propio.

Cuando uno de estos hombres emigra con más de una de sus esposas se crean conflictos ya que no se pueden otorgar espacios para cada una de ellas. (15)

5.1.8. Salud mental

La población africana sufre los mismos problemas que cualquier usuario inmigrante; duelo migratorio (síndrome de Ulises), descenso del nivel social y de la calidad de vida, separación de la familia, etc. Lo más característico en cuanto a la salud mental en pacientes inmigrantes subsaharianos son las soluciones que se proponen para solucionar los problemas mentales.

Normalmente se intenta enviar al usuario inmigrante a su lugar de origen (siempre y cuando haya recursos para llevarlo a cabo) y con frecuencia los problemas suelen desaparecer o mejorar en gran medida. (15)

5.1.9. Salud laboral

Los pacientes inmigrantes subsaharianos, como el resto de población inmigrante, sufren de discriminación laboral y a veces son sometidos a largas jornadas, en pésimas condiciones y con salarios muy bajos, además, buena parte de ellos se dedica a trabajos de temporada relacionados con la agricultura; recogida de fruta, almacenamiento y distribución en cooperativas, etc. (15)

5.1.10. El sistema sanitario subsahariano

En África, la percepción de la salud es puramente holística, para un subsahariano no hay diferencia entre la falta de salud física, patología mental, situación económica o social desfavorable, tristeza, etc. La medicina en África pretende atender todas estas dimensiones y en ocasiones cuando llegan a nuestro país, muchos de estos problemas (del tipo social o mental) no se contemplan y acaban decepcionados con nuestro sistema sanitario.

El principal problema que tienen los pacientes inmigrantes subsaharianos es el abandono del tratamiento cuando se les diagnostica la enfermedad, sobretodo si es crónica, ya que muchos acuden por un síntoma específico y cuando se les diagnostica algún tipo de patología y se aplica el tratamiento haciendo desaparecer dicho síntoma, lo abandonan. (15)

5.2. La diabetes. Definición del problema

Según la Federación Internacional de Diabetes (FDI) en el año 2012 hubo 371 millones de diabéticos con una prevalencia del 8,3% en todo el mundo, de los cuales solo el 50% se diagnosticaron. (21)

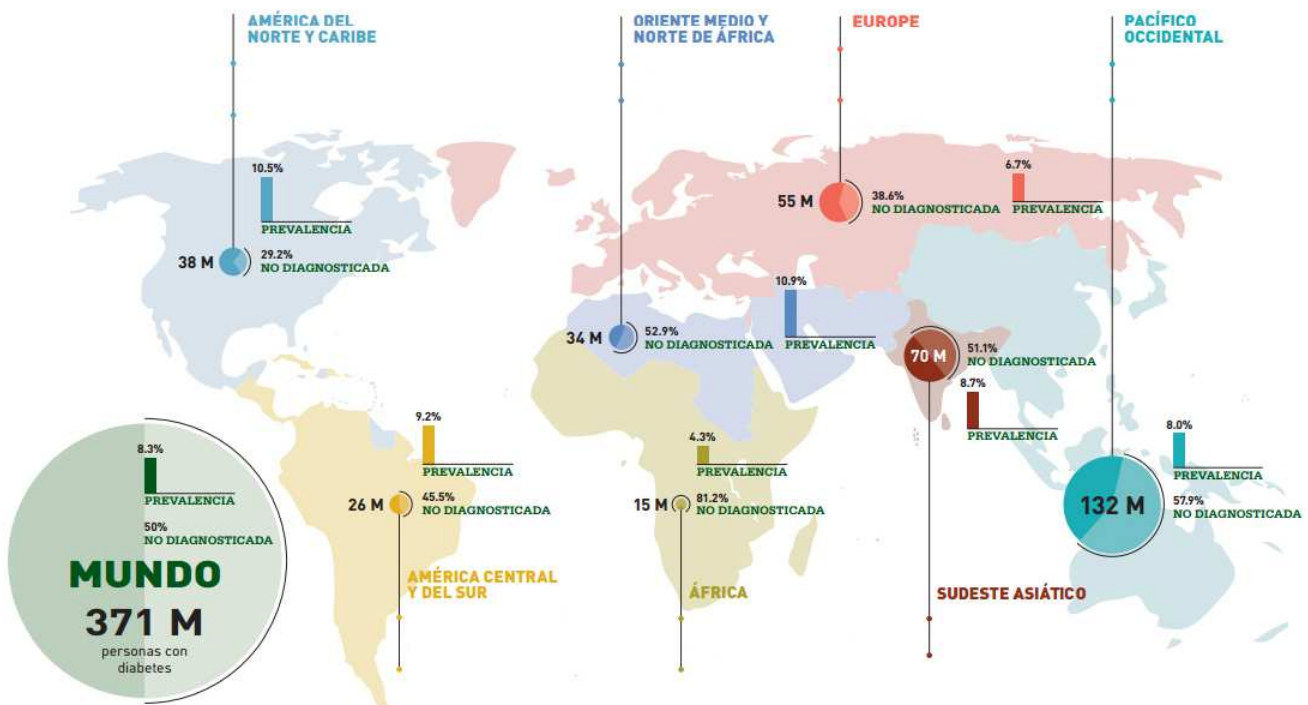


Figura 4. Prevalencia de la diabetes por zonas y mundial en el año 2012. (21)

En África Subsahariana hay 15 millones de estos diabéticos y hay una prevalencia del 4,3% de esta enfermedad. Respecto al resto del mundo, esta zona de África tiene una prevalencia menor al resto de continentes, pero sin embargo, es en ésta donde se produce la mayor tasa de mortalidad por diabetes.

Lleida es el municipio de Cataluña que mayor cantidad de habitantes inmigrantes subsaharianos censados acoge con 4.575 de 11.827 inmigrantes en total. Cabe destacar que el colectivo subsahariano sufre desigualdades, como el resto de población inmigrante, respecto a la población autóctona, sobretudo desigualdades relacionadas con factores sociales, religiosos, culturales, lingüísticos, pero sobretudo en salud.

Es aquí donde el sistema sanitario debe incidir, ya que las diferencias culturales afectan directamente a la salud de los usuarios inmigrantes, haciéndolos susceptibles de sufrir patologías crónicas como la DM, la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia... (10, 21)

Uno de los estudios realizados en 2012 en la región sanitaria de Lleida, indica que la población inmigrante tiene un peor control de la diabetes a pesar de realizar el mismo número de visitas que la población autóctona. Este estudio también afirma que en muchas culturas no se considera la prevención como algo necesario y los pacientes inmigrantes solo acuden en busca de asistencia sanitaria cuando presentan sintomatología asociada a las complicaciones de la diabetes. Los controles de la hemoglobina glucosilada (Hb1Ac), proteína que se utiliza en los análisis de laboratorio para conocer el nivel de control que se tiene de la diabetes en los últimos tres meses, también son peores en los pacientes inmigrantes. (22, 23)

Según el estudio de Inmigrantes y Diabetes Mellitus en España (IDIME), los pacientes inmigrantes son diagnosticados de diabetes antes que la población autóctona y también se ha comprobado que estos tienen un peor control metabólico y una evolución de la enfermedad más rápida. Dichas conclusiones están directamente relacionadas con el cambio de hábitos dietéticos y de actividad física en cuanto llegan a nuestro país, siendo necesarias medidas preventivas y de diagnóstico precoz en la población inmigrante. (24)

Dicho estudio no es el único que afirma que la inmigración y los cambios de hábitos están directamente relacionados con el riesgo de padecer una patología crónica, según Fernández y Goday, la adaptación al ritmo de vida occidental conlleva importantes cambios para la población inmigrante, siendo la alimentación y el sedentarismo los principales factores para que se desarrolle la enfermedad. Dichos factores también están relacionados con otros como los geográficos, los usuarios inmigrantes que residen en zonas rurales tienen una prevalencia un 50% menor respecto a los que residen en zonas urbanas. En países como Bangladesh, Bhután, India o Sri Lanka, la diferencia es todavía más acuciada, llegando incluso al 75% de diferencia. (20)

Otro estudio realizado en 2007 también corrobora la importancia que los pacientes inmigrantes dan a la alimentación y además consideran que este es uno de los hábitos que más cuesta modificar al emigrar a otro país. Según este estudio en el que se realizaron más de 600 encuestas a usuarios inmigrantes subsaharianos, estos creían que factores como la situación económica/laboral (85,48%), la separación de la familia (64,19%) y la alimentación (44,88%), entre otros, condicionaban notablemente su salud. (19)

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es:

- ❖ Mejorar o mantener unos niveles de glucemia basal entre los límites de 70 a 125 mg/dl (normoglucemia) en pacientes diabéticos procedentes de África Subsahariana a través de la transmisión de conocimientos sobre hábitos dietéticos y ejercicio físico.

6.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este trabajo se centran en:

- ❖ Prevenir las complicaciones agudas de la diabetes, como la hipoglucemia, la cetosis, los problemas secundarios del ejercicio físico, etc.

- ❖ Prevenir las complicaciones crónicas de la diabetes como la nefropatía, la retinopatía, la neuropatía diabética y las enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares.
- ❖ Mejorar el estado de salud del paciente inmigrante subsahariano diabético mediante una alimentación adecuada a sus necesidades.
- ❖ Mejorar la sensibilidad a la insulina en aquellos pacientes inmigrantes dependientes de ella, a través de la práctica de ejercicio físico.

7. Intervenciones

7.1. Intervención 1

Intervención 1
Objetivo
Mejorar el estado de salud del paciente inmigrante subsahariano diabético mediante una alimentación adecuada a sus necesidades.
Descripción
<p>Esta intervención consiste en proporcionar información sobre la alimentación adaptada a la diabetes, manteniendo así un buen control metabólico de la enfermedad y asegurando un aporte adecuado respecto a las necesidades energéticas y al Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente.</p> <p>En cuanto a las consideraciones previas, se debe contemplar el siguiente reparto nutricional del contenido calórico total entre las distintas comidas del día:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Carbohidratos: 45-60%.✓ Proteínas: 15-20%.✓ Grasas: 20-30%. <p>La realización del IMC (peso en Kg/altura en m²) y el Peso Máximo Aceptable (PMA) (altura en m² multiplicado por 25 en mujeres y por 27 en hombres) también son clave para determinar el cálculo calórico, el cual se obtiene de la multiplicación del PMA por las necesidades energéticas.</p>

Las necesidades energéticas vienen determinadas en función del sexo y de la actividad física recomendadas por la OMS, las cuales están representadas a continuación:

Metabolismo basal	24 kcal/kg/día	
Reposo o actividad mínima	30 kcal/kg/día	
Actividades ligeras (Oficinistas, profesionales, estudiantes, dependientes de tienda, amas de casa, jubilados, parados...)	Hombres	42 kcal/kg/día
	Mujeres	36 kcal/kg/día
Actividades medianas (Obreros de la construcción, trabajadores de industria ligera, payeses, pescadores, soldados, trabajadores de almacén...)	Hombres	46 kcal/kg/día
	Mujeres	40 kcal/kg/día
Actividades intensas (Payeses, forestales, soldados, mineros, trabajadores metalurgia, deportistas)	Hombres	54 kcal/kg/día
	Mujeres	47 kcal/kg/día
Actividades muy intensas (Leñador, herreros, obreros de la construcción, deportistas...)	Hombres	62 kcal/kg/día
	Mujeres	55 kcal/kg/día

Tabla 1. Cálculo calórico en función del sexo y la actividad.

Además, la OMS recomienda aplicar una reducción de las necesidades calculadas a partir de la edad:

- ✓ De 40 a 49 años, reducción del 5% de kcal totales diarias.
- ✓ De 50 a 59 años, reducción del 10% de kcal totales diarias.
- ✓ De 60 a 69 años, reducción del 20% de kcal totales diarias.
- ✓ A partir de los 70 años, reducción del 30% de kcal totales diarias.

Si se observa sobrepeso (IMC: 25-29,9) se debe restar un 10-20% adicional, y si se observa obesidad (IMC: 30-39,9), se restará un 30-40%. (20, 21)

Medidas

1. Valoración del paciente: edad, sexo, peso, altura, actividad física habitual, situación laboral, situación económica, creencias, tipo de tratamiento farmacológico, limitaciones físicas o cognitivas, posibles complicaciones y factores de riesgo asociados.
2. Anamnesis previa sobre alimentación:
 - 2.1. Alimentación habitual: tipos de alimentos consumidos, número de comidas al día y horario de estas, soporte familiar en el cambio de dieta...
 - 2.2. Preferencias personales.
3. Realización del IMC y el PMA para determinar el cálculo calórico diario según la actividad física, la edad y el IMC. (Tabla 1)
4. Realización de educación sanitaria acerca de los principales alimentos accesibles en nuestra dieta (la dieta mediterránea) y en la pirámide alimentaria, las raciones (medibles con tazas, cucharadas, puños...), el número de comidas al día, la importancia de los horarios, etc., ayudándonos de dibujos, de vídeos, de traductores on-line...

Los mensajes deben ser cortos y concisos, adaptando el ritmo a cada usuario e implicando a una tercera persona si es posible. En el caso de disponer de mediadores culturales o agentes de salud, se debe acudir a ellos para agilizar el proceso.
5. Una vez interiorizados los conceptos anteriores, procederemos a hablar sobre los alimentos restringidos, los que deben tener más peso en la dieta, las recomendaciones, etc.

5.1. La alimentación en cuanto a los hidratos de carbono se debe basar principalmente en:

- El tipo de tratamiento y los hábitos del paciente, según el perfil glicémico se realizarán seis comidas al día.
- El consumo de legumbres, féculas y cereales.
- La limitación de los alimentos con gran cantidad de azúcares (por la hiperglucemia postprandial).
- La ingesta de 2 a 3 piezas de fruta medianas siempre después de las comidas y repartidas durante el día. Se desaconsejan los zumos de fruta aunque no tengan azúcares añadidos, puesto que se absorben muy rápidamente debido a la ausencia de fibra, por eso se recomienda comer fruta en lugar de zumos.

5.2. La alimentación en cuanto a las proteínas debe basarse en:

- El aumento del consumo de pescado y proteínas de bajo valor biológico de origen vegetal (cereales integrales y legumbres), reduciendo así las grasas saturadas.
- El consumo de carnes bajas en grasa como la de pollo (sin piel), la de caballo, la de conejo, la de pavo... Se aconseja el consumo de estas carnes pero se debe moderar la cantidad, ya que también contienen gran cantidad de calorías y grasas.

5.3. Los consejos en cuanto al consumo de grasas se basan en:

- Limitar los alimentos ricos en colesterol y grasas saturadas.
- Comer tanto pescado blanco como azul.
- Restringir el consumo de grasas saturadas (cordero, cerdo, pato, vísceras, quesos, embutidos, paté, nata, mantequilla...).
- Utilizar aceite de oliva, tanto para aliñar como para cocinar. El consumo diario es de una cucharada sopera.
- Seleccionar lácteos desnatados o semidesnatados.
- Reducir el consumo de alimentos ricos en aceites hidrogenados como margarinas, pastelería en general y sobre todo industrial, chocolate, sopas de sobre, comida precocinada, etc.

- Valorar la aportación de frutos secos como avellanas, nueces, etc., por su aportación en grasas.

- 5.4. El consumo de fibra soluble también tiene un papel importante en la dieta, ya que retrasa la absorción de los hidratos de carbono y así se mejora el control glucémico. El consumo de fibra se puede obtener a través de dos raciones de verdura, dos raciones de fruta, un plato de legumbres y/o pan integral.
- 5.5. El alcohol se debe consumir con las comidas para evitar las hipoglucemias y está restringido a una unidad diaria en mujeres y a dos en hombres.
- 5.6. El consumo de sal también debe moderarse, sobretodo en pacientes con HTA.
- 5.7. El uso de edulcorantes como la sacarosa y la fructosa están desaconsejados, pero no hay contraindicaciones en cuanto al consumo de sacarina.
6. Recomendar métodos culinarios como la cocción, a la plancha, al vapor o al horno. No se recomiendan las salsas, los fritos y los alimentos precocinados.
7. La dieta debe adaptarse a los gustos del paciente y se pueden realizar pequeñas modificaciones, sobretodo al inicio de esta y luego se deben ir restringiendo ciertos alimentos progresivamente según la tolerancia de éste.

Es importante que la dieta sea variada y equilibrada y que no saturemos al usuario con información, por lo que a veces conviene posponer el punto 5 y ayudar al paciente a realizar una dieta de tolerancia durante las primeras semanas.

En las visitas sucesivas, sería conveniente seguir determinando objetivos a corto, medio y largo plazo, pactando siempre con él, además de ampliar gradualmente la información proporcionada sobre la alimentación en diabéticos. Es deseable proporcionar un soporte en papel sobre la dieta a llevar a cabo, así como los controles de glucemia capilar preprandial y postprandial que debe realizar el paciente durante la adaptación a la dieta.

8. Realización de un seguimiento semanal durante aproximadamente un mes para continuar con los objetivos sobre alimentación, mejorar los ya propuestos o proponer nuevos.

Indicadores de evaluación

La hemoglobina glucosilada deriva de la unión de la glucosa y la hemoglobina y muestra el promedio de la glucemia en los tres últimos meses (120 días, la vida media de un eritrocito). Dicho marcador bioquímico se utiliza para evaluar el control glucémico de la enfermedad y en personas sanas se encuentra por debajo de 5,7%.

En pacientes prediabéticos estos valores suelen estar entre 5,7% y 6,4% y en diabéticos se encuentra por encima de 6,5%. Se considera que si el paciente diabético se encuentra por debajo de 6,5%, tiene un mayor riesgo de padecer hipoglucemias.

Las metas en cuanto a valores ideales de hemoglobina glucosilada en usuarios diabéticos varía significativamente y depende de factores como la edad, las complicaciones de la enfermedad, el nivel de conocimiento en cuanto a los autocuidados, etc. Sin embargo se considera un marcador fiable para determinar la adaptación que el usuario tiene al tratamiento, así como si se están aplicando los conocimientos sobre alimentación de forma adecuada.

(23)

La glucemia capilar preprandial y postprandial también es un valor fiable y nos da una referencia del control de la enfermedad con el tratamiento y las fluctuaciones que se producen durante el día.

El paciente diabético debería estar entre una glucemia preprandial de 90-130 mg/dl y una glucemia postprandial menor de 180 mg/dl para llevar a cabo un buen control de la patología.

La siguiente tabla muestra los indicadores de evaluación de la intervención durante el proceso en el que se realiza la educación sanitaria sobre alimentación en el paciente subsahariano diabético:

Indicador	Muy mal control	Mal control	Control óptimo	Buen control
HbA1c (%)	12 - 8	8 - 7,5	7,5 - 7	7 - 6,5
Glucemia capilar preprandial (mg/dl)	> 160	130 - 160	90 - 130	70 - 90
Glucemia capilar postprandial (mg/dl)	> 220	220 - 180	180 - 160	160 - 140

Tabla 2. Indicadores de evaluación de la intervención 1.

(25 - 27)

7.2. Intervención 2**Intervención 2****Objetivo**

Mejorar la sensibilidad a la insulina en la población inmigrante de origen africano subsahariano dependiente de ella, a través de la práctica de ejercicio físico.

Descripción

El ejercicio físico se considera, junto a la alimentación y el tratamiento farmacológico, otro de los pilares para controlar la DM. Se ha demostrado que la realización de ejercicio físico mejora los niveles de glucemia intra i post ejercicio, de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y las necesidades de insulina i antidiabéticos orales (ADO) disminuyen gracias a que se mejora la sensibilidad periférica a la insulina. (26)

Las y los pacientes diabéticos deben realizar 150 minutos semanales de ejercicio físico aeróbico (30 minutos diarios con algún día de descanso entre semana) de intensidad moderada (50 - 70% de la frecuencia cardiaca máxima).

La intensidad la podemos calcular a través de la frecuencia cardiaca máxima, la cual se obtiene de la resta la edad a 220, es decir, $220 - \text{edad} = \text{frecuencia cardiaca máxima}$. Otro de los test que nos permite valorar la intensidad, es el test del habla. En dicho test se valora la capacidad para mantener una conversación mientras se realiza el ejercicio, por lo que quería adecuado llegar a un nivel de intensidad en el cual no fuese muy dificultoso mantener una conversación mientras se realiza ejercicio físico.

Los beneficios del ejercicio se obtienen 15 días después de empezar a realizar ejercicio y desaparecen a los 3-4 días si se deja de hacer, por lo que sería conveniente fijarse como objetivo final el realizar ejercicio diariamente.

Sin embargo, hay algunas contraindicaciones en cuanto a la realización de ejercicio físico:

- ✓ Infarto agudo de miocardio (IAM) reciente.
- ✓ Angina inestable.
- ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) grave.
- ✓ Infecciones agudas.
- ✓ HTA grave o mal controlada ($\geq 180/110$ mmHg).
- ✓ Lesiones agudas en el pie.
- ✓ Hiperglucemia con acetonuria.
- ✓ Edema macular i retinopatía proliferativa.
- ✓ Neuropatía periférica grave o del sistema nervioso autónomo.
- ✓ Riesgo de hiperglucemia o hipoglucemia.

También se valorará la posibilidad de realizar una prueba de esfuerzo dependiendo de la intensidad del ejercicio físico y de la presencia de otros factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares.

Medidas

1. Valoración del paciente: edad, estilo de vida y preferencias personales, horarios, actividad física habitual, tipo de tratamiento farmacológico, limitaciones físicas o cognitivas, etc.
2. Recomendaciones previas sobre ejercicio físico:
 - 2.1. Antes de realizar ejercicio físico se debe recomendar al paciente hidratarse, unos 0,5 litros de agua dos horas antes de realizarlo sería lo idóneo.
 - 2.2. En pacientes insulín dependientes se recomienda inyectar la insulina en zonas de menor actividad o que no se vayan a ejercitar y también se debe valorar la necesidad de suministrar suplementos de hidratos de carbono antes y después del ejercicio.

- 2.3. Se debe evitar realizar ejercicio en las horas de máximo efecto de la insulina por el riesgo de hipoglucemia. Se recomienda llevar siempre azúcar encima (2 sobres) y en algunos casos, glucosa pura.
- 2.4. Realizar ejercicio acompañado o evitar los sitios solitarios.
- 2.5. Llevar una identificación tipo tarjeta donde conste que es diabético, el nombre, la dirección y el número de teléfono.
- 2.6. Se debe utilizar ropa y sobretodo calzado adecuado. Son muy aconsejables las zapatillas deportivas con amortiguación o con cámara de aire.
- 2.7. No se debe realizar ejercicio muy intenso y de repente.
3. Se debe recomendar también la realización de prácticas de ejercicio durante el día como subir escaleras en lugar de coger el ascensor, bajar una parada antes del autobús o el metro para caminar un rato, ir a bailar, etc.
4. Antes y después de realizar ejercicio físico, se debe realizar ejercicio con una intensidad baja (andar a unos 3 km/hora) durante unos 5 – 10 minutos para calentar antes de la práctica de éste y después, para favorecer la recuperación y el estado de vuelta a la calma.
5. En general, se recomienda andar/correr a una velocidad de unos 5 km/hora, ya que es un ejercicio al alcance de todo el mundo y no requiere un gran esfuerzo físico, durante 30 minutos al día. Otro tipo de actividades son utilizar la bicicleta en plano o nadar.
6. Se debe contemplar el gasto energético en los aportes nutricionales y adaptar la dieta a las necesidades de cada paciente.

7. Es importante que se asimilen conceptos básicos sobre el ejercicio y también se debe ir adaptando gradualmente la cantidad de ejercicio físico realizado diariamente según la tolerancia del paciente a éste, llegando a plantearse objetivos a corto, medio y largo plazo.

Debemos recordar al paciente que debe realizarse controles de glucemia capilar durante el día, al menos tres controles, siempre realizados a la misma hora y preferentemente dos horas después de comer.

8. Cuando haya dificultades en la comprensión, podemos utilizar recursos como traductores on-line, dibujos, etc. Y dejar reflejados los conceptos básicos de la visita en papel.
9. Finalmente, se debe realizar un seguimiento semanal durante aproximadamente un mes para continuar con los objetivos sobre ejercicio físico, mejorar los ya propuestos o proponer nuevos y valorar el nivel de tolerancia a éste. También sería conveniente revisar los pies en cada visita y recomendarle al paciente que él también lo haga.

Indicadores de evaluación

Como en la intervención 1, nuestros indicadores de intervención serían la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y la glucemia capilar media durante el día.

Indicador	Muy mal control	Mal control	Control óptimo	Buen control
HbA1c (%)	12 - 8	8 - 7,5	7,5 - 7	7 - 6,5
Glucemia capilar media (mg/dl)	> 183	169 - 183	169 - 154	154 - 140

Tabla 3. Indicadores de evaluación de la Intervención 2. (27)

(25 - 28)

8. Metodología

8.1. Población diana

Este trabajo está dirigido a la población inmigrante procedente de África Subsahariana residente en la ciudad de Lleida, que se encuentra entre los 18 y los 90 años de edad, sufre de DM tipo I o II recién diagnosticada y precisa de conocimientos sobre alimentación y ejercicio para controlar la enfermedad.

8.2. Profesionales a los que va dirigido

La intervención de este trabajo la aplicarán principalmente enfermeros y enfermeras y en caso de disponer de ellos, mediadores culturales, en las consultas de los Centros de Atención Primaria (CAP).

8.3. Preguntas

¿Cuáles son los principales alimentos consumidos por la población inmigrante subsahariana que sufre de DM y que reside en Lleida?

¿Por qué hay un peor control de la DM en la población subsahariana residente en Lleida?

¿Qué impedimentos tienen los pacientes inmigrantes subsaharianos a la hora de tener una mejor alimentación?

¿Cómo podemos mejorar la calidad de vida de los diabéticos subsaharianos que residen en Lleida?

8.4. Metodología de búsqueda

Para la realización de este trabajo se han consultado bases de datos como Google Académico, PubMed, metaCercador de la Universidad de Lleida, SciELO y Dialnet. También se ha consultado la editorial Elsevier y Tesis Doctorales en Red (TDR), un servidor que recoge tesis doctorales leídas en varias universidades y que permite que estas sean consultadas de forma online. Asimismo también se ha consultado la página web de la Asociación Americana de la Diabetes (ADA).

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) también han sido consultados para buscar términos y definiciones como: desigualdades en salud, diabetes mellitus...

El período de búsqueda ha transcurrido entre diciembre del 2012 y mayo del 2013 y las palabras clave utilizadas son: inmigración, África Subsahariana, África negra, África, desigualdades, desigualdades en salud.

Los criterios de inclusión son: diabetes, diabetes mellitus, prevalencia, incidencia, enfermedades crónicas, tratamiento, educación sanitaria.

Los criterios de exclusión son: VIH, ETS, tuberculosis (TBC), enfermedades tropicales, etc.

8.5. Síntesis de la evidencia encontrada

Gran parte de la información encontrada gira entorno a estudios realizados sobre la prevalencia e incidencia de las patologías crónicas en la población inmigrante residente en España, algunos de ellos nombrando a este colectivo, el subsahariano. (22, 24, 29) Otros estudios también hablan del control de la diabetes mellitus (22, 33-35), de los factores de riesgo asociados al estilo de vida (19, 24, 30), de la evolución de la enfermedad (22), de la relación de la diabetes con otras enfermedades (31), de la pluripatología asociada a la diabetes en África (32) y finalmente de las necesidades de los profesionales de la salud en cuanto a la asistencia en atención primaria en pacientes inmigrantes. (3, 6)

Las mayores dificultades en cuanto a la búsqueda de evidencia y concretamente del marco teórico son respecto a encontrar información acerca de la cultura subsahariana, y más concretamente, sobre los hábitos alimentarios. No obstante, una gran parte de la información obtenida sobre este tema ha sido transmitida verbalmente por los propios pacientes o los profesionales de la salud del CUAP de *Rambla de Ferrán*.

Alguna de la evidencia incluida en este trabajo también ha sido proporcionada por la propia tutora. Dicha evidencia, argumenta acerca de la influencia de la sociedad sobre la salud en la población inmigrante (2), de las políticas europeas respecto al afrontamiento de las barreras en los accesos a la salud en la población inmigrante (4) y de cómo utilizan los servicios sanitarios los pacientes inmigrantes (5).

9. Discusión

Durante la realización de este trabajo se ha buscado evidencia científica acerca de cuáles eran los principales problemas que los usuarios inmigrantes subsaharianos tenían en cuanto a las desigualdades en salud (2, 3, 4), las cuales son habituales en este colectivo. Muchos de los problemas que sufren no solo giran entorno a la enfermedad que puedan padecer, en este caso la diabetes, sino sobretudo a determinantes socioeconómicos (precariedad laboral, vivienda, alimentación, nivel educativo...), los cuales acaban modificando el curso de su patología crónica. (2)

No hay estudios previos que aporten evidencia acerca la implantación de intervenciones en salud en cuanto al control de la diabetes mellitus en pacientes inmigrantes, sin embargo, si que se han realizado estudios que hablan acerca de cuales son las principales diferencias en cuanto a enfermedades crónicas entre la población autóctona y la inmigrante. Uno de ellos, realizado entre el 2.000 y el 2.005, analizó el nivel de control de 1.063 pacientes hipertensos y demostró que no había diferencias en cuanto a factores como la procedencia respecto al nivel de control de la patología crónica, pero si se asociaba la mortalidad a factores socioeconómicos y de riesgo cardiovascular. (33)

Otro de los estudios que analiza el riesgo cardiovascular en población inmigrante en 2012 afirmó que dicho riesgo aumentaba gradualmente con el paso de los años, llegando a equipararse con el de la población autóctona pasados ocho años de estancia en nuestro país. El aumento del riesgo se ve favorecido, como ya se había mencionado previamente, gracias al aumento del sedentarismo, los cambios en la alimentación y el consumo de alcohol y tabaco, sobretudo cuando hace poco tiempo que han emigrado.

Además, en varios artículos también se reitera la necesidad de implementar medidas de educación para la salud para mejorar el riesgo cardiovascular de los pacientes inmigrantes llegados a España. (34, 35)

Lo que pretendía este trabajo era proporcionar educación sanitaria en las consultas de atención primaria sobre la alimentación y el ejercicio físico aplicados a la DM tipo I y II en pacientes inmigrantes subsaharianos residentes en Lleida. Para ello, se ha intentado justificar el trabajo mediante evidencia científica que verificara la necesidad real de implantar una intervención aplicada al colectivo inmigrante para mejorar su estado de salud respecto a la DM.

La aplicación de la intervención propuesta en este trabajo no supone ninguna dificultad por parte del profesional sanitario, ya que no dista mucho de la educación sanitaria que se realiza a un paciente diabético autóctono, pero sin embargo si que suponen un hándicap las barreras mencionadas con anterioridad, y sobretodo, las lingüísticas.

Anteriormente las barreras lingüísticas no suponían ningún tipo de dificultad puesto que los CAP disponían de mediadores culturales que facilitaban el proceso de comprensión y aprendizaje por parte del paciente inmigrante, pero la situación económica actual ha obligado a prescindir a los CAP de estos profesionales y esto les ha afectado inevitablemente, agudizando las distancias entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes subsaharianos.

No obstante, muchos de los pacientes inmigrantes no acuden solos y desde las propias consultas se recomienda que vengan acompañados de algún otro inmigrante que tenga un buen nivel educativo o de buena comprensión del idioma para hacer de intermediario entre sanitario y usuario.

Desafortunadamente, esta no es la mayor dificultad de la población inmigrante de origen subsahariano en cuanto a las recomendaciones que se hacen desde las consultas de atención primaria.

El mayor impedimento surge a la hora de seguir los consejos sobre alimentación y ejercicio físico. La dieta básica de los pacientes inmigrantes subsaharianos, que consta de un único plato al día, suele ser rica en carbohidratos y pobre en variedad, es decir, con tendencia a ingerir siempre el mismo tipo de comida debido a que muchos de los alimentos recomendados durante la diabetes no son accesibles para ellos por el precio que tienen, aunque desde las consultas de atención primaria se recomiendan alimentos con un bajo coste y accesibles para todos.

La aplicación de la educación sanitaria recibida en cuanto a ejercicio físico no supone un problema, ya que muchos pacientes inmigrantes afirman que ya realizaban ejercicio físico antes de ser diagnosticados de la enfermedad. Si bien, existen usuarios subsaharianos que niegan tener tiempo de practicarlo por las largas jornadas laborales a las que están sometidos, sobretodo durante los trabajos temporales en el sector de la agricultura.

10. Fortalezas y limitaciones del trabajo

Una de las fortalezas de este trabajo son los objetivos, los cuales son fáciles de llevar a cabo mediante la intervención sobre educación sanitaria, además, no supone una gran inversión económica para el sistema sanitario y proporciona grandes beneficios a largo plazo si se lleva a cabo correctamente.

Dada la alta prevalencia que existe de la DM en población inmigrante, aplicar la intervención supone un avance positivo en cuanto a la prevención de futuras complicaciones de la enfermedad, así como en el ahorro en gastos sanitarios para tratarlas.

Por otro lado, los indicadores de evaluación (control de glicemia y hemoglobina glucosilada) sí que suponen un gasto sanitario si se llevan a cabo correctamente, pero son necesarios para llevar un buen control de la patología crónica y se deben realizar para detectar a aquellos pacientes inmigrantes subsaharianos que precisen de otro tipo de recomendaciones sobre educación sanitaria acerca de la alimentación y el ejercicio físico; que esté más adaptada a sus preferencias personales, a su cultura, a su nivel económico... Es decir, que se proporcione una educación sanitaria todavía más individualizada.

Este trabajo, de índole socio-sanitaria, me ha permitido conocer más de cerca a una población que forma parte de Lleida, la población de origen subsahariano. En este aspecto, considero como algo positivo el hecho de poder contactar con nativos de esta zona de África, pero también ha habido ciertas limitaciones en cuanto a encontrar bibliografía que hablara y analizara minuciosamente esta cultura; sus costumbres, creencias, hábitos alimentarios, etc.

11. Conclusiones

Para finalizar, creo que este trabajo puede aportar ideas aplicables sobre educación para la salud en usuarios inmigrantes subsaharianos, sobretudo en cuanto a la utilización de métodos que faciliten la comprensión entre sanitario y paciente inmigrante como son el plasmar la información transmitida durante la visita en papel, realizar dibujos sobre alimentos, ayudarse de traductores on-line, etc.

Hay que destacar que Internet se está convirtiendo cada vez más en una herramienta que puede facilitar el trabajo al personal sanitario, pero hay que saber el uso que se hace de éste y además, siempre debemos tener presente que la información transmitida por nuestra parte debe ser siempre individualizada y adaptada a las necesidades de cada persona y de su situación biopsicosocial, esté o no alterada por los factores determinantes de las desigualdades en salud.

Además, desde los mismos CAP también se debe proporcionar información sobre recursos que faciliten la integración social en aquellos usuarios inmigrantes subsaharianos recién llegados al país o que tengan dificultades en este aspecto, como podrían ser las asociaciones de inmigrantes o los equipos de apoyo, ya que gran parte de la salud y más concretamente de las desigualdades en salud que sufre este colectivo viene determinada y depende en gran medida de esta integración.

Tras la intervención planteada en este trabajo, se puede concluir que es necesario adaptar e individualizar la intervención sobre DM a cada usuario, en este caso los de origen subsahariano, para intentar que el control metabólico que estos tengan de su enfermedad sea por lo menos equiparable al de la población autóctona. La investigación en cuanto a la eficacia de nuevos métodos de tratamiento y de intervenciones en cuanto a la educación para la salud también debería primar en este grupo de población, ya que actualmente hay una gran movilización de masas de población en nuestro país.

Es importante destacar que no se debe adaptar únicamente esta intervención, sino también las campañas de promoción y educación para la salud, las cuales son un pilar básico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas. El apoyo social también tiene un papel clave en este sentido y cada vez se hace más necesaria la implantación de políticas que aborden la problemática de las desigualdades en salud y los factores que inciden en esta, ya que de esta forma, se proporcionarían recursos que facilitarían un buen control de la enfermedad, menores complicaciones, mayor bienestar y en definitiva, mejor de calidad de vida para el paciente inmigrante.

12. Bibliografía

- (1) Organización Mundial de la Salud. Glossary of Terms used [Internet]. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2013 [consulta el 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- (2) Otero L. Escuela Nacional de Sanidad (ENS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006). Madrid. Instituto de Salud Carlos III, agosto de 2011.
- (3) Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga À. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Atención Primaria 2012; 44(2):82-88.
- (4) Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. Clinical medicine 2012; 12(3):248-252.
- (5) Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. Gaceta sanitaria 2009; 23(1):4-11.
- (6) Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gaceta Sanitaria 2009; 23(5):396-402.
- (7) Díaz FJ, Delgado E. Diabetes tipo II: Manual para asistencia primaria. 3ª ed. Barcelona: Abbott Científica; 2003.
- (8) Diputació de Lleida. Territori Segrià [Internet]. Lleida: Diputació de Lleida; 2013 [consulta el 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://cat.lleida.com/comarca/index.html?comarca=1>
- (9) Institut d'Estadística de Catalunya. Població estrangera per províncies. 2012. Catalunya. Origen geogràfic: Àfrica Subsahariana [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya; 2013 [consulta el 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=2&res=a&nac=c9>
- (10) Generalitat de Catalunya. CatSalut. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària de Lleida [Internet]. Barcelona: Departament de Salut;

- 2013 [consulta el 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnnextoid=0f1a5a1e68d2b310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0f1a5a1e68d2b310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- (11) Torres, C. Entrevista con M^a Ángeles Revés, directora del Centro de Urgencias de Atención Primaria Rambla de Ferrán. [realizada el 14 de diciembre de 2012]
- (12) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013 [consulta el 10 de febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ine.es/>
- (13) Estébanez P et al. Medicina humanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 563-574.
- (14) Heine B, Nurse D, editores. African languages. Cambridge; 2000.
- (15) MERCK efg. Taller de comunicación intercultural para profesionales de la salud. 2008.
- (16) Drakard M. El África Subsahariana, la región más religiosa. Aceprensa [Internet]. 2010 [consulta el 10 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.aceprensa.com/articles/el-africa-subsahariana-la-region-mas-religiosa/>
- (17) Horsfield P, Hess M, Medrano A, Henríquez JC, Maldonado E, editores. Medios, cultura y religión: una introducción. 1^a ed. San Rafael: 2007:109-114.
- (18) Innovative Media Inc. Tendencias religiosas en el África Subsahariana [Internet]. Roma: Zenit; 2010 [consulta el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.zenit.org/es/articles/tendencias-religiosas-en-el-africa-subsahariana>
- (19) Pardo G, Engel J, Agudo S. Factores condicionantes de salud en población inmigrante procedente de África Subsahariana. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2007; 33(1): 3-8.
- (20) Fernández-Miró M, Goday A. Diabetes y ramadán. Siete días med. 2008; 759(3): 1-22.
- (21) Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas de la FID [Internet]. Bruselas: International Diabetes Federation; 2012. 5^a ed.

- [consulta el 15 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf
- (22) Soler-González J, Marsal JR, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 27(1): 19-25.
- (23) Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Medline Plus. Información de Salud para usted. HbA1c [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU; 2013 [consulta el 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003640.htm>.
- (24) Franch-Nadal J, Martínez-Sierra MC, Espelt A, Sagarra-Busquets E, Patitucci-Gómez F, Goday-Arno A. El diabético inmigrante: factores de riesgo cardiovascular y su control. Aportaciones del estudio IDIME. *Revista Española de Cardiología*. 2012; 66(1): 39-46.
- (25) Mata M, et al. Abordatge de la diabetes mellitus tipus 2 [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 15. 2009 [consulta el 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm>.
- (26) American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2013; January 01;36(1): 67-74.
- (27) American Diabetes Association. Estimated Average Glucosa. eAG [Internet]. Alexandria: American Diabetes Association; 2013 [consulta el 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://professional.diabetes.org/GlucoseCalculator.aspx>
- (28) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. 2011; 34(1): 11-61.
- (29) Esteban-Vasallo MD, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23(6): 548-552.
- (30) Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(5): 404-412.

- (31) van Vugt M, Hamers R, Schellekens O, de Wit TR, Reiss P. Diabetes y VIH/SIDA en África subsahariana. *DiabetesVoice* 2007; 52(3): 23-26.
- (32) Young F, Critchley J, Johnstone L, Unwin N. Globalización y doble carga de enfermedad en el África Subsahariana. *DiabetesVoice* 2010; 55(1): 29-32.
- (33) Palacios L, Camps L, Fabregas M, Vilaplana M, Dalfó-Baqué A, Vilaplana X. Seguimiento y control de la hipertensión arterial. ¿Se efectúa igual en la población autóctona y en la inmigrante? *Atención primaria* 2007; 39(12): 651-654.
- (34) Lozano ML, Leal M, Abellán J, Gómez P, Ortín EJ, Abellán J. Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia. *Atención Primaria* 2013; 45(2): 92-100.
- (35) Morató J, Canadell J, Martínez M, Patitucci M, Artal E, Franch J. El control metabólico en pacientes diabéticos inmigrantes. *Avances en Diabetología* 2010; 26(2): 107-111.

13. Anexos

	Pág.
13.1. <u>Lista de tablas</u>	
Tabla 1. Cálculo calórico en función del sexo y la actividad	25
Tabla 2. Indicadores de evaluación de la intervención 1	30
Tabla 3. Indicadores de evaluación de la Intervención 2	34
13.2. <u>Lista de figuras</u>	
Figura 1. Interrelación entre la salud y sus determinantes	5
Figura 2. África	9
Figura 3. Thiebou Dejne	10
Figura 4. Prevalencia de la diabetes por zonas y mundial en el año 2012	21

13.3. Lista de abreviaturas

ADA Asociación Americana de la Diabetes

ADO Antidiabéticos orales

CAP Centro de Atención Primaria

CUAP Centro de Urgencias de Atención Primaria

DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud

DM Diabetes mellitus

ETS Enfermedades de transmisión sexual

FDI Federación Internacional de Diabetes

HTA Hipertensión arterial

IAM Infarto agudo de miocardio

ICC Insuficiencia cardiaca congestiva

IDIME Estudio de Inmigración y Diabetes Mellitus en España

IMC Índice de masa corporal

OMS Organización Mundial de la Salud

PMA Peso máximo aceptable

TBC Tuberculosis

TDR Tesis Doctorales en Red